

*Instituto Superior de Psicologia Aplicada*



Lirio, Girassol ou simplesmente Flor:  
Toxicodependência, Actividade Onírica, Ritmos e Identidade

Maria Morbey Afonso Henriques

Nº 15298

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de  
Mestre em Psicologia

**2007/2008**

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Mestre Helena Germano  
apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para  
obtenção de grau de Mestre na especialidade de Clínica conforme o  
despacho da DGES, nº19673/2006 publicado em Diário da República 2ª série de  
26 de Setembro de 2006

## **Resumo**

Qualquer que seja o seu funcionamento mental e somático à partida, na toxicodependência o sujeito vê a sua função do imaginário abortada num processo em que existe uma perversão da arquitectura do sono impossibilitando o Sonho, alteração dos Ritmos e a Identidade abalada nos seus fundamentos. Este trabalho consiste na articulação destes conceitos e na abordagem psicossomática à luz das teorias de Coimbra de Matos e Sami-Ali para a compreensão do adoecer somático de uma mulher com um passado longo de toxicodependência que, depois de cinco anos de processo analítico desenvolveu um cancro da mama.

Palavras Chave: Psicossomática; Toxicodependência; Sonho; Ritmos; Identidade; Depressão; Processo Analítico

## **Abstract**

Whichever his mental and somatic functioning is, in addictive conditions the individual sees his imaginative function aborted in a process in which a perversion of the sleep architecture turns Dream impossible, an alteration of the Rhythms and the Identity disturbed in its foundations. This work consist in the articulation of these concepts and in a psychosomatic approach having the Coimbra de Matos's and Sami-Ali's theories as background for the comprehension of a women's somatic sickening. This women as had a long past of an addition condition and after five years of analytic process as developed a breast cancer.

Key Words: Psychosomatics; Addictive Condition; Dream; Rhythms; Identity; Depression; Analytic Process

## ÍNDICE

<b>Introdução Teórica.....</b>	<b>I</b>
<b>Método.....</b>	<b>VII</b>
<b>Participante.....</b>	<b>VIII</b>
<b>Instrumento.....</b>	<b>VIII</b>
<b>Procedimento de Recolha de Dados.....</b>	<b>X</b>
<b>Procedimento de Tratamento de Dados.....</b>	<b>XI</b>

## **Lírio, Girassol ou simplesmente Flor:**

### **Toxicodependência, Actividade Onírica, Ritmos e Identidade**

*Estou hoje dividido entre a lealdade que devo à tabacaria do outro lado da rua, como coisa real por fora e à sensação de que tudo é sonho, como coisa real por dentro.*

(Poesias de Álvaro de Campos, p. 251)

O presente artigo surge numa tentativa de dar resposta ao desafio lançado por Albert Danan (2004) quando afirma que para o sujeito que pretende “voltar à vida” sem drogas, a questão incide em como favorecer, após a abstinência, uma familiarização progressiva e não traumática com um primeiro momento em que seriam benéficas técnicas de mediação corporais sem recurso à psicoterapia, muito menos psicanalítica, a qual seria própria a infligir feridas e suscitar angústias sem que o sujeito tenha ainda capacidade de elaboração por não dispor de uma função do imaginário “viva”.

A abstinência, quando exclusiva, não nada resolve, se não for acompanhada de um auxílio à (re)apropriação gradual da função do imaginário, caso contrário o sujeito ficaria desamparado face a conflitos e tensões não elaboráveis, talvez até, em última instância, a manutenção e reforço do recalcamento atirando-o para um funcionamento em colagem a ritmos e exigências externas que mais não seriam do que uma substituição do objecto droga, mudando os termos do problema sem que este seja passível de elaboração. Fica o desafio, na sugestão do autor, em fazer estudos sobre a incidência das patologias psicossomáticas sobre essa população, em período de abstinência, quando os sujeitos se encontram numa situação de impasse.

Esta sugestão será o móbil do trabalho de investigação aqui desenvolvido a partir do estudo de caso de uma mulher que depois de um período de doze anos de

toxicodependência inicia um processo de análise, e que cinco anos passados desde o início desse processo desenvolve um cancro da mama.

A questão dos ritmos é central em Psicossomática. Sami-Ali (1992), introduz esta problemática, relacionando-a com dois vectores fundamentais: o espaço e o tempo, parâmetros essenciais da organização psicossomática.

Segundo Albert Danan (2004), para compreender a toxicodependência em profundidade será necessário levar em consideração um ponto de vista em termos de um funcionamento caracterial inscrito num recalçamento do imaginário, e que está em relação directa com o próprio produto, desde o primeiro contacto, por consequência das suas propriedades peculiares. O produto torna-se para o sujeito o objecto único e apresenta a solução para todas as suas angústias não elaboráveis, acabando por se tornar o próprio problema, é simultaneamente o problema e a solução.

*O momento crucial da introdução da droga muda tudo. Há um antes e um depois da introdução da substância, ligados ao seu efeito farmacológico, a qual modifica, além da dependência, o sono no sentido de uma suspensão da actividade onírica* (Albert Danan, 2004, p. 125). O toxicodependente fica confinado a um funcionamento caracterial, no recalçamento da função do imaginário, com fracos recursos de elaboração, fantasmática ou imaginativa. A médio prazo, perde qualquer capacidade de mentalizar a angústia, a frustração e a depressão, na impossibilidade de representação e na supressão do imaginário enquanto função. O sonho desaparece e o sono torna-se a metáfora do buraco negro, um não pensar, não sonhar que tudo engole. Tudo isto para se manter à distância de uma interioridade inquietante, instalado num verdadeiro funcionamento caracterial potencialmente psicossomático, próprio de quem se cola à realidade imediata, o afastamento do conflito que o encerra numa lógica de impasse. O que revela a sua unidade fundamental, é a relação negativa com o imaginário, com os sonhos e com os ritmos biológicos, a prisão numa situação de círculo vicioso.

Nas palavras de Mendes Pedro (2001), o toxicodependente, obrigado a fazer face a conflitos insolúveis que se desenham por exclusões sucessivas, transformações transitórias e compromissos, qualquer alternativa se formula em termos de tudo ou

nada, ficando ele encerrado num círculo vicioso (impasse). Assim as dependências de drogas duras, não visam o prazer, mas a eliminação de qualquer forma de conflito psíquico, banindo a relação com o outro por um processo em que o sujeito se distancia de si mesmo. Solução esta, que dispensa a projecção. *Este movimento de afastamento da subjectividade, da vida afectiva e fantasmática, desdobrando-se sobre um fundo de perturbações espaciotemporais, não é mais que um “segundo tempo” de um recalçamento que visa, na sua origem, o apagamento do pensamento do imaginário que é o sonho nocturno* (Mendes Pedro, 2001, p. 117).

Encontramo-nos no domínio de uma patologia que tira os “benefícios secundários” de um mundo harmonioso, de felicidade química, tratando-se de uma adesão interior às exigências de uma poderosa força externa, o objecto único que se torna o sujeito, objecto esse que dita ao toxicodependente o seu quadro espaciotemporal emprestando-lhe um “sentimento de si” artificial. Trata-se de um movimento adaptativo a uma força exterior que permite, a quem se lhe entrega ser uma identidade de superfícies (Mendes Pedro, 2001). *Não existe sujeito nem objecto, mas um objecto único que é também o sujeito e toda a realidade* (Sami-Ali, 1997, p.105).

Esta formação sem tridimensionalidade resulta de uma perda de interesse por tudo o que diz respeito à interioridade, sem que isto suscite um sentimento de escotomização e empobrecimento do self. Esse possível sentimento fica camuflado por uma adesão “cega” a uma realidade exterior, e por um corpo que se encontra numa profunda perturbação dos ritmos biológicos.

O tempo que comanda o sujeito (actividades rítmicas em ligação com os ritmos biológicos sincronizados artificialmente), revela do corpo no seu funcionamento vital e traduz uma relação despersonalizada à figura materna. Trata-se de uma falha na elaboração da distância ao objecto primordial (ambivalente, ausente ou rejeitante). Lacuna essa que se organiza em torno de uma instância superegoica corporal que dita a arquitectura do tempo e do espaço (Mendes Pedro, 2001).

Então, será de sublinhar que o toxicodependente “se torna” num sujeito sem subjectividade, o ritmo ditado pelo superego corporal substitui o ritmo do próprio, a droga ultrapassa a repetição pela repetição, cria a dependência primária à imagem

virtual da figura materna e leva ao esgotamento (inclusivamente do sistema imunitário). Estamos perante a organização da representação do ritmo como ruptura e rítmica artificial corporal, as drogas assumem a função de sincronizadores de toda a estrutura

dos ritmos circadianos, ultradiano e infradiano, do sono-vigília (e conseqüentemente da actividade onírica), da temperatura e da respiração (Mendes Pedro, 2001). A actividade rítmica é pois abandonada pelo imaginário, estamos no domínio do banal, da colagem às normas exteriores e da ausência do sonho como forma de projecção na vida dos afectos.

É através desta coincidência do exterior com o interior, que o sujeito se afasta da identificação ao objecto perdido, num traço de depressividade (Matos, 2003). Temos a assimilação de si a um outro que é déspota de regras constrangedoras, conduzindo à relação impessoal. É este o movimento da supressão da subjectividade, é este o momento da formação caracterial que aumenta à medida que o sujeito se afasta do relacional. O que acontece é a substituição da relação com o outro pela relação com as drogas.

Das tensões contraditórias entre o onírico e o banal, surge por um lado a construção da identidade subjectiva (que resultaria de um desenvolvimento saudável), e por outro a colagem de identidade de superfície, “recurso” este do toxicodependente, um sujeito sem densidade. A toxicodependência inscreve-se assim num círculo vicioso (impasse) relacional e biológico.

Voltando um pouco atrás e detendo a noção de depressividade como “motor” deste processo de toxicodependência será importante referir que Coimbra de Matos (2003) desenvolveu este conceito traduzindo-o num traço de personalidade em que se assiste a uma depressão latente ou larvar, estando na base de alguns casos de toxicodependência e de doença psicossomática. Este traço de personalidade traduz sentimentos difusos de dependência e opressão, um medo de ficar só, uma incapacidade de autonomia, sentimentos estes que não são consciencializados. (...) *uma impossibilidade de verdadeiramente se deprimir, ou seja, de perder o seu objecto* (Matos, 2001, p. 64).

*A personalidade assim constituída não tem acesso à elaboração depressiva fica aquém da depressão, numa organização pré-depressiva, de depressão larvada ou depressividade – que situamos depois do caos psicótico e na proximidade do limiar da depressão. Nos momentos de crise /descompensação não se deprime mentalmente, faz uma depressão falhada: uma depressão sem depressão (psíquica) com abatimento (depressão) das funções biológicas, sobretudo ao nível do aparelho imunitário, com perturbações dos sistemas neuroendócrinos e instinto-afectivos (Matos, 2003, p. 120).*

O sujeito que cresce assim não tem uma identidade própria e não conhece o objecto real, sendo que este será apenas um objecto ideal, uma projecção do objecto real. Projecção que protege o sujeito da malignidade apenas pressentida (ou talvez nem isso) do objecto. Os confrontos com o objecto real provocam uma culpa intolerável que ao acumular-se, vai ser canalizada para o corpo. Uma vez que atacar o objecto teria o mesmo valor que destruir-se a si próprio. Não se reconhecendo, o sujeito não sabe diferenciar-se dos outros, não sabe verdadeiramente quem é. Desta forma a sua competência relacional ficará também ela comprometida, traduzindo-se em relações funcionais sem substrato afectivo, carentes de imaginação, normalizadas, adaptadas às normas, sem paixão, sem zanga, conformistas, à mercê de objectos manipuladores. As relações têm um cariz de dependência mascarada com a necessidade de satisfazer e cuidar do outro numa lógica parental, a sua insegurança apesar de ser grande está camuflada pela adesão às normas exteriores. O sujeito tem uma identidade que se funde no outro, ou se molda pelo outro, na incapacidade de poder aceder ao timbre original de sua voz, esta está sempre velada e inexpressiva, diluída num coro que canta em unísono. *A depressão vivida permitiria a elaboração da perda e o renascimento da esperança. A carência de afecto, não consciencializada e elaborada psicicamente, repercute no organismo biológico como hipotonia geral e perturbações da regulação neurovegetativa, endócrina e imunitária (Matos, 2003, p.35).*

A insatisfação não é percebida como estado afectivo, não é possível a vivência mentalizada de frustração, e esta, não vivida psicologicamente, produz apenas uma irritabilidade no funcionamento orgânico. É uma raiva desconhecida, gerada por acumulações de tensões sem descarga no comportamento dirigido a objectivos; não existindo ressonância emocional significativa à perda/carência afectiva, está diminuída a

capacidade de mentalização e expressão da zanga. No lugar deste acontecimento não vivido, fica assim o vazio, o vazio traumático como o próprio Coimbra de Matos designa.

Este vazio traumático constitui uma fissura intrapsíquica que isola o inconsciente primário do recalcado e do consciente. Funciona como uma barreira de contacto entre o self corporal (auto-imagem corporal, coesão do self somático) com o self mental (realidade psíquica ou fantasia).

Se a necessidade não foi satisfeita, não foi memorizada a experiência de satisfação, logo não há espaço para o desejo e a fantasia. É uma “área branca” no espírito, com emoções de tensão, desconforto interno, insatisfação, hipersensibilidade à frustração, irritabilidade e moções de tendência a agir e à descarga, quer por acting-out, quer por acting-in nos pacientes psicossomáticos.

O que não foi compreendido não pode ser pensado, pois não foi investido de significado. São então apenas impressões sensoriais, que não chegam a formar uma percepção coerente da realidade, são emoções desligadas, acontecimentos sem sentido por incompreensão do que os causa (elementos  $\beta$  na terminologia de Bion). Estes por sua vez, povoam o espaço psíquico como objectos estranhos, bizarros mesmo, que inquietam ou divertem, magoam ou confortam, mas que não servem para pensar a realidade externa e interna, compreender tanto a experiência emocional como a experiência cognitiva, integrando-as numa experiência total e significativa. Desta forma irrompe com toda a força o processo de clivagem razão/emoção, com hiperinvestimento na lógica. No entanto este investimento na componente lógica, é também ele um falso investimento, pois estes conteúdos primitivos não servem para a investigação da realidade e do desenvolvimento cognitivo, nem para a imaginação criadora, desenvolvimento do sonho, compreensão e desenvolvimento da experiência emocional. Pelo contrario, servem sim para a construção da ilusão e do delírio, do pesadelo e do pensamento mágico, ou se isto não é possível, para a evacuação projectiva e passagem ao acto – acto comportamental (acting-out) e acto somático (acting-in) que se traduz este último em padecimento psicossomático.

Como foi referido anteriormente, só o desejo entusiástico, a paixão dos primeiros cuidadores, pode despertar e animar a vida mental do bebé. O que faltou na interacção precoce na díade nestes sujeitos foi, exactamente um olhar apaixonado, um olhar diferenciado que confira ao bebé um rosto único e especial. Este bebé não esteve no centro da atenção, apreço e estima de uma mãe. Não esteve no foco do seu olhar. Não recebeu o olhar apaixonado que cria beleza ao rosto, que dá coesão ao self e a subjectividade do eu.

Falhou o olhar apaixonado, a posição para além da funcionalidade, houve uma mãe funcional mas não “amante”, um pouco ao jeito daquilo que Green (1960) nos diz sobre o complexo da mãe morta; é uma mãe presente funcionalmente, mas morta em amor, que não transfere afecto, apenas entra numa engrenagem de ser mãe.

Assim o quadro de toxicodependência surge como uma colagem a um ritmo externo que fornece as coordenadas espaciotemporais do sujeito. Neste caso trata-se de substâncias tóxicas, no entanto poder-se-ia pensar num outro “qualquer” objecto que fosse passível de fornecer o tal ritmo externo primordial ao sujeito, que uma vez estando aquém da identidade subjectiva não estabeleceu ritmos próprios que o sustentem. A droga enquanto objecto de substituição que reactualiza uma dependência é como uma mãe que desempenha funcionalmente o seu papel e que em vez de preconizar e permitir uma mente em expansão, inaugura a vivência apenas corporal de uma falha básica. Um ritmo externo a que o sujeito se cola por não ter tido a experiência de ser “ajudado” a organizar e descodificar o seu próprio ritmo e assim elaborar a construção de uma identidade subjectiva. (...) *faminto de amor, inebria-se na ilusão do objecto coisa que melhor e mais facilmente tolda a consciência dolorosa da sua solidão* (Matos, 1978, p. 129).

### **O Método: Estudo de Caso**

Quando o que se pretende é o estudo global do funcionamento do sujeito integrando-o num todo relacional não existe outra forma de o fazer senão adoptando um método que nos possibilite abraçar essa globalidade complexa, uma visão do todo e da unidade sem nos cingir à escotomização “clínica” das partes.

A noção de estudo de caso procura romper com os aspectos que diminuem a subjectividade na posição médica, e pelo contrário tenta restituir o sujeito e não apenas reconhecer a especificidade da patologia que ele apresenta. Por este motivo, o estudo de caso é mais um método que abre uma reflexão sobre as questões levantadas pelo investigador do que uma técnica que tem por objectivo isolar as especificidades da patologia do sujeito (Pedinelli, 1999).

Contudo, o estudo de caso é uma construção realizada pelo psicólogo clínico, que obedece a alguns princípios, baseando-se na entrevista, observação e informações anamnésicas, no caso do presente artigo. Assim procura-se evidenciar a lógica de uma história de vida singular, a braços com situações complexas que precisam de leituras a diferentes níveis, recorrendo a instrumentos conceptuais adaptados.

Nesta investigação o método do estudo de caso possibilitou, assim, a criação de um espaço que privilegia a relação, e consequentemente a intersubjectividade. Para além de permitir a recolha de dados, permite aceder à complexidade e individualidade que caracteriza o indivíduo, condição que se torna imprescindível para a abordagem que se pretende realizar.

### **Participante:**

Esta investigação incide sobre um estudo de caso único, um sujeito do sexo feminino a quem se escolheu dar o nome de Flor, com 33 anos de idade que, depois da “recuperação” de um passado de toxicoddependência, sofreu de patologia oncológica - cancro da mama, e está neste momento em fase de recuperação na sequência dos tratamentos de quimioterapia e radioterapia.

### **Instrumento: Entrevista clínica**

Para melhor conhecer o funcionamento psicológico do indivíduo seleccionou-se como instrumento de recolha de dados a entrevista clínica não estruturada ou não directiva.

A entrevista clínica tem vários objectivos: permitir dizer, ouvir, informar-se, levar a dizer mas também devolver algo ao sujeito e potenciar a fluência de uma relação dialógica. Segundo Pedinielli (1999), a entrevista produz factos de linguagem a partir

dos quais se instaura uma troca, uma reconstrução dos factos reais, mas também uma análise do discurso (forma, construção dos enunciados, mecanismos de defesa, representações preponderantes, lugar do sujeito).

### **Procedimento de Recolha de Dados:**

Tendo o sujeito acordado em participar, combinou-se as sessões de entrevista uma vez por semana com uma duração de 50 a 90 minutos.

Para o registo das sessões de entrevista clínica utilizou-se um gravador e posteriormente as mesmas foram transcritas na íntegra, com a autorização prévia do indivíduo.

A transcrição directa das sessões de entrevista gravadas permitiu aceder de uma forma muito pormenorizada à associação livre de ideias, e nesse sentido inaugurou um espaço de relação dialógica. Na transcrição das sessões, tendo acesso ao discurso integral do sujeito em causa no estudo de caso com todas as suas preocupações verbais, entoações, hesitações, enfim, toda a dinâmica do discurso (prosódia emocional) que revela muito do funcionamento das suas defesas e principalmente a tal associação livre de ideias, é notório que este “exercício” permitiu uma visão dos pormenores que podem escapar se se privilegiar apenas o contacto e não tanto o que de facto a pessoa diz, como diz, o encadeamento dos assuntos e o encadeamento com o outro: intersubjectivo e corporal – ritmo.

Teve-se, então acesso, não só à reactualização do momento de entrevista e dos seus componentes afectivos que ficaram, como também a todo um material que, reproduzindo integralmente o discurso do sujeito permitia entrar nos segredos que se escondiam por detrás da entoação da sua voz, das repetições, do tempo objectivo dos seus silêncios.

No setting da entrevista procurou-se criar as condições para que a subjectividade do sujeito vibrasse nas entrelinhas do seu discurso e abrir as portas do seu ser. Poderíamos suspeitar, então, que tais condições advêm de uma vivência oferecida ao sujeito de disponibilidade afectiva, uma atmosfera que transcenda a recolha de

informações sobre si, um momento que extrapolasse o tempo e o espaço concretos, que inaugurasse um encontro intersubjectivo original e fecundo.

*É assim que o conhecimento, que é por essência afectivo, dá origem a cognições emergentes. Surgindo do seio de um processo inconsciente que convoca afectos e fantasias, ele vai criando paulatinamente uma nova história. Aí, o tempo inflecte direcções, retoma-as e sobrepõe-nas, entrelaçando lugares para tecer a história (Martins, 2005 p. 329).*

### **Procedimento de Tratamento dos Dados**

O método utilizado para fazer um levantamento e tratamento de dados é o método clínico.

O método clínico é aplicado no domínio prático da psicologia clínica. Existe assim um conjunto de técnicas que têm em comum o facto de produzirem informações concretas sobre a pessoa ou a situação que põe um problema e/ou revela a existência de um sofrimento. Embora o método clínico se debruce sobre a resposta a situações concretas de indivíduos que sofrem, ele só se pode centrar sobre o caso, ou seja, na individualidade da pessoa. O trabalho do psicólogo clínico tem como objecto o indivíduo e não populações, e por isso o método clínico centra-se no estudo de caso, ainda que não se reduza a ele (Pedinielli, 1999).

Para a análise do caso em estudo no presente artigo de investigação, decidiu-se introduzir a história do sujeito estruturando as informações recolhidas durante as sessões de entrevistas sob a forma de anamnese. Desta forma o leitor “entra” na análise do caso com dados sobre o sujeito que o ajudarão a articular questões relevantes e apreender de forma mais transparente a complexidade do mesmo.

A anamnese surge como forma de estruturar o pensamento restabelecendo ligações significativas entre os diferentes acontecimentos de vida e o envolvimento afectivo presente ou ausente no próprio sujeito, questão de grande relevância numa abordagem psicossomática.

Trata-se de uma abordagem fenomenológico-compreensiva existencial que tende a desenlear a trama relacional significativa presente em diferentes situações vividas, ela

é uma dos componentes da história psicossomática na qual o funcionamento orgânico é uma vicissitude de um funcionamento mais amplo da personalidade, que tem origem em diferentes modalidades de transmissão e de acção familiares, um dos aspectos que devem ser levados em conta é a falta de reconhecimento por parte da família da significação subjectiva de certos acontecimentos que marcaram a sua história. (Rotbard, 2004, p.186)

O método clínico pode comportar dois níveis complementares: o primeiro corresponde a técnicas (testes, escalas, entrevistas) de recolha de informações, enquanto o segundo nível se define pelo estudo aprofundado de um caso (estudo de caso).

A diferença entre o primeiro e o segundo níveis não reside nos instrumentos nem nos procedimentos, mas nos fins e nos resultados: o primeiro fornece informações, e o segundo visa compreender o sujeito. Assim estes dois níveis serão postos em prática, sendo que o segundo se servirá de uma abordagem psicossomática à luz das teorias de Sami-Ali e Coimbra de Matos para a compreensão do funcionamento do sujeito.

#### **Análise e discussão do caso:**

Flor tem 33 anos e desde Agosto de 2004, a partir do momento em que descobriu um nódulo na mama, que tem vindo a “travar uma luta” com aquilo que uns meses mais tarde se veio a saber ser um carcinoma. Neste momento o tumor já foi removido com sucesso e já completou os tratamentos de quimioterapia e radioterapia, encontra-se em recuperação em casa da mãe onde tem vivido no último ano.

Nasceu no seio de uma família de nível sociocultural elevado, na altura do seu nascimento e infância ambos os pais estavam activamente envolvidos em movimentos revolucionários que deram origem ao 25 de Abril, sendo que seu pai chegou a ser detido como preso político. Esta ausência do pai foi fortemente sentida por Flor, mais ainda porque atribui à figura paterna todos os movimentos afectivos em criança. A mãe para si, aparece em contraposição com o pai sendo que lhe atribui a prestação de cuidados básicos mais do que uma fonte de afecto; é em relação ao irmão quatro anos mais velho que Flor descreve uma maior ligação afectiva da mãe: *“Eu mais ligada ao meu pai, a minha mãe mais ligada ao meu irmão”*.

Na altura de separação dos seus pais, Flor tem dez anos e recorda este momento como traumático sentindo-se tremendamente abandonada pelo pai (talvez uma reactualização da sua primeira ausência) já que os fins-de-semana que passa em casa dele são muito espaçados até que na altura da adolescência deixam de existir. É por volta dos doze anos que começa a ter comportamentos aditivos, primeiro com o álcool e comprimidos para dormir até que por volta dos dezasseis anos tem a sua primeira experiência com heroína.

A fase de toxicod dependência que dura desde os doze/treze anos até Fevereiro de 2000, quinze anos, é descrita como um estado de anestesia afectiva que a ajudava a não pensar “nas pancadas” que levava da vida. Desta fase lembra-se pouco do que era a dinâmica em casa da mãe onde vivia, em família, afirma que não consegue lembrar-se de qual era a posição da mãe face à sua dependência de substâncias apenas diz que “*ela nunca quis ver e ignorava pura e simplesmente que eu me andava a drogar*”. Com o irmão tinha brigas violentas desde a infância, mas a partir dos seus dezasseis anos, quando frequentaram a mesma escola começaram a dar-se melhor: “*Ele tornou-se mais um protector, apesar de eu sentir que ele tinha uma certa vergonha de ver a irmã ali a beber logo às oito da manhã*”. As drogas, a partir da sua experiência com heroína aos dezasseis anos são associadas a relações amorosas: “*Aí tive o meu primeiro namorado a sério, ele já tinha experimentado heroína, e depois eu experimentei com ele*”. Desta relação fica a memória de um murro que levou que por ter sido infiel: “*Mas eu tive a culpa, eu fui-lhe infiel*”. Mais tarde começa uma relação com um rapaz inglês dez anos mais velho que ela, também ele consumia drogas, e os dez anos de relação em que quatro foram vividos em Inglaterra, foram passados sempre a consumir heroína e muito álcool. Descreve esta relação com um forte cariz de dependência: “*Eu não sei se era amor, até porque não tínhamos relações sexuais, mas era uma grande amizade, éramos muito, muito amigos*”.

Quando volta definitivamente a Portugal já sem ele, continua os consumos de heroína. Deste breve período em que vivia em casa da mãe até ter entrado para um centro de recuperação pela mão do irmão mais velho, descreve uma existência decadente em que as fortes ressacas que sentia a levavam a vender roupa sua e a pensar em prostituir-se, afirma com tristeza que quase chegou a fazê-lo.

Por imposição do irmão mais velho e quase à revelia dos pais que acreditam no valor da liberdade acima de tudo, Flor é internada num centro de recuperação. Deste lugar ficaram boas memórias, apesar de ter sofrido bastante no início, os quatro meses que lá passou, diz que a mudaram completamente, nessa altura sentia prazer em estar com as pessoas: *“Antes tudo era falso, antes eram as drogas a falar, não era eu. No centro, e uns tempos depois disso eu sentia mesmo prazer em estar com as pessoas”*. Prazer esse que não consegue mais recuperar até hoje, nestes últimos cinco anos fechou-se muito a nível relacional, não tendo tido nenhuma relação amorosa, até porque as vezes que recaiu nas drogas aconteceram quando as relações falhavam.

Desde há cinco anos a esta parte, deu início a uma análise com uma psicanalista (amiga de sua mãe) com a frequência de duas vezes por semana. À psicanálise atribui as conquistas que agora lhe parecem insuficientes, conseguiu estar sem drogas, conseguiu uma casa, um carro e um trabalho, no entanto tem vindo a fechar-se cada vez mais: *“É só casa-trabalho, trabalho-casa-psicanálise- casa, não passa daí”*. No período que se iniciou desde a recuperação da toxicod dependência e até hoje afirma que a relação com sua mãe mudou bastante: *“Agora somos muito, muito, muito amigas, antes ela não queria ver”*. Neste momento encontra-se em sua casa e desde há um ano para cá a mãe tem vindo a “tomar conta dela ” embora afirme: *“Às vezes sou mais eu a tomar conta dela do que ela de mim”*.

No momento presente, e depois de ter passado pelo processo do cancro, os médicos de Flor, tanto o médico oncologista como o psiquiatra-psicoterapeuta, diagnosticaram-lhe uma depressão tendo por base nomeadamente a fadiga que Flor sente ao levantar-se de manhã. A isto Flor responde que sempre foi assim, se este é um sintoma de depressão, isto e a falta de prazer pelas coisas, então ela andou deprimida a vida toda, sendo assim interroga-se: *“Como é que isto não foi visto com olhos de ver pela minha psicanalista”*.

Estamos num domínio em que será necessário relacionar a situação de impasse e a doença orgânica. Segundo Sami-Ali (1992), há sempre uma situação de impasse quando se trata de uma doença orgânica grave. Não quer isto dizer que todas as doenças orgânicas sejam somatizações relevantes deste modelo, mas que uma doença orgânica que se possa abordar como psicossomática, e possa então ser relacionada com qualquer

coisa da ordem do funcionamento (patologia da adaptação/recalcamento caracterial), o impasse aparece relacionado com a doença orgânica.

O impasse é expressão de uma contradição (que se esforça por não se contradizer matando o sonho), a doença orgânica o insucesso da elaboração que permitiria transpor o impasse. Tudo se passa como se, não podendo sair do impasse de forma “graciosa” que seria a criação, a voz da subjectividade, se abrisse caminho à patologia orgânica sendo esta sinal de fechamento no interior de uma situação sem saída (Sami-Ali, 1997). O impasse trata de esconder o afecto de representação da situação conflitual, encapsulado deste modo, ele mantém-se longe do acesso do sujeito o que dificulta ainda mais a elaboração, a transformação do impasse em conflito resolúvel.

Estamos em condições de confrontar o material recolhido na análise do caso com o corpo teórico apresentado. O primeiro grande indicador de harmonização ou desequilíbrio da totalidade psicossomática reside na forma como se processa a actividade onírica no sujeito, (...) *o valor da actividade onírica em si no funcionamento geral do indivíduo é tão grande, que se lhe confere uma expressão muito significativa na Saúde/Doença, quer física, quer mental* (Milheiro J., 2001, p. 23). Assim sendo, importa analisar a evolução da actividade onírica do sujeito para perceber o “estado” da função do imaginário.

Flor refere que nunca sonha, que nunca se lembra dos sonhos. Durante o período da toxicoddependência existe uma efectiva supressão da actividade onírica, referenciada por Flor, potencialmente precipitada pela perversão da arquitectura do sono modificada pela própria droga que inibe o sonho paradoxal e assim a produção de sonhos (Mendes Pedro, 2001); o sono torna-se metáfora de um buraco negro no qual o sujeito se refugia para não pensar.

Durante os tais cinco anos de fechamento (depois da desintoxicação) que antecedem o aparecimento do cancro, também aí, Flor funcionava num registo muito objectivo, quase como uma carapaça, sem vida relacional e em actividade onírica suspensa que apenas retomava para satisfazer a vontade do outro: “*Já com a psicanalista era assim, quando a minha psicanalista me dizia: ‘A Flor tem sonhado, ou tem tido algum pesadelo?’ e eu dizia que não, eu, passado dois dias tinha sempre.*”

Nessa situação, Flor “recupera” o sonho para o “oferecer” na sessão seguinte (em resposta à solicitação do outro). Aqui o sonho não surge como resposta a um ritmo interno, mas ao contrário, “imposto” por um ritmo exterior, ao qual Flor adere sem hesitações. Sendo assim, vivia abstraída da sua subjectividade, tornando-se conformada e adaptada, centrada num objectivo de viver na “normalidade”. Foi o que lhe foi possível...

É durante o processo da doença orgânica (durante os tratamentos de quimioterapia), que os sonhos surgem. Numa situação de extrema angústia, por exemplo, ao ser confrontado com uma doença fatal, a actividade onírica pode brotar repentinamente, no entanto, ela toma a forma de sonho traumático (Sami-Ali, 2001), e é desta forma que os sonhos encontram contexto em Flor. No entanto surgem de uma forma muito particular: “*Que bom que estou a aguentar isto! Nem penso na doença, nem penso na morte, nem penso em nada*” (afirma isto quando em simultaneamente refere que tem tido pesadelos recorrentes com a morte dos seus familiares). Esta afirmação é um sinal do que se verifica como sendo uma falência da função do imaginário. Em determinados momentos da sua vida Flor não põe a trabalhar “a máquina de pensar os afectos”, ergue uma defesa que resulta num recalçamento inclusive da actividade onírica, ou da ligação entre os sonhos e a vida vigíl, alternando estas formas em diferentes períodos da sua vida. Flor demonstra um desligamento entre a vida onírica e a vida vigíl sendo que não integra as valências afectivas demonstrando um precário balanceamento entre corpo real e corpo imaginário (Sami-Ali, 1992).

No entanto, e de acordo com Sami-Ali, (...) *nenhuma forma de funcionamento psíquico, aberta ou fechada à actividade onírica, integrando-a de uma forma regular ou aleatória, se encontra necessariamente ligada à patologia orgânica. Essa ligação, é preciso encontrá-la ao nível da situação relacional* (Sami-Ali, 2003 p. 20). O fenómeno psicossomático é apreendido pela relação entre funcionamento psíquico (a relação com a vida onírica) e a situação relacional que envolve o sujeito (se se formula em termos de conflito acessível por via do imaginário ou inacessível, e por isso, tornado impasse).

Os sonhos traumáticos de morte são sonhos em que não há história, não há elaboração, fica só um sentimento de sufoco corporal de que Flor se tenta libertar durante o dia. Há uma retoma da actividade onírica a partir do pesadelo que a faz ter

uma atitude negativa sobre os sonhos e encerra-se mais uma vez em recalçamento: “*São pesadelos, não passam de pesadelos, não passam de sonhos*”. Assim de paradoxo em paradoxo, a actividade onírica em vez de ser a forma de ultrapassar o traumatismo torna-se ela própria o traumatismo. A sua subjectividade fica, também ela sufocada (Sami-Ali, 2001). *É este destino que se encontra brutalmente posto em questão quando a actividade onírica regressa em força no âmbito dum funcionamento que não se acomoda com ela* (Sami-Ali, 2001, p. 46).

O facto dos sonhos traumáticos causarem um mal-estar difuso que invade o corpo de Flor, faz com que ela se empenhe em desligar-se do mundo onírico. Segundo Frederico Pereira (1999), a activação de defesas contra o retorno do mundo do sonho sobre o mundo vigíl, ou a introdução do espaço onírico no corpo real, transporta o retorno de objectos não pensados sobre o corpo, como resultado de um recalçamento da função do imaginário (...) *que literalmente congela o espaço imaginário, dando-o como não existente e impossibilitando a sua organização interna e a sua capacidade de acolhimento e transformação* (Pereira, 1999, p. 216).

No decorrer das entrevistas assiste-se a um acontecimento interessante. Na segunda entrevista, um pouco ao estilo de aceder à “solicitação” do outro referida anteriormente (pelo facto do entrevistador a ter questionado se sonhava para além dos sonhos traumáticos que ela própria referiu), Flor começa a sonhar, e aqui põe-se a hipótese que seja por colagem a um ritmo externo. Embora os sonhos que traz, ambos se desenrolem em torno da temática da morte, neles pode sentir-se uma paisagem que envolve o sonho, a acção a desenrolar-se como um filme, os vários personagens, elementos que são partes de Flor, o próprio impasse expresso no sonho. Pensa-se que esta evolução estará relacionada com o desejo genuíno de Flor de se “encontrar” (vendo nestas sessões de entrevista uma tábuca de salvação ao estilo tudo ou nada), uma vontade de transformação ao perceber que os seus últimos cinco anos (e talvez toda a sua vida) foram marcados por um vazio relacional que a isolou completamente do mundo: “(...) *porque isto até aqui não foi vida, a vida vai é ter de começar.*” Parece que esta afirmação vem na sequência dos seus sentimentos face ao cancro, Flor intui no seu ser uma grande fragilidade, fragilidade esta a que, no seu senso comum, estará intimamente ligada ao processo de adoecer, tal como Zorn, ela atribui ao cancro a expressão de um

padecer mental (Sami-Ali, 1992). *“Eu tive uma sorte danada não é? Eu estou aqui, eu estou viva, não é? Portanto eu tenho é que agradecer à vida por estar aqui e tenho que vivê-la, não posso desperdiçá-la, portanto tenho de aproveitar isto e tenho que olhar para a vida com outros olhos, não com os olhos que eu tenho olhado”*. Flor, de uma forma intuitiva, acaba por dizer por outras palavras aquilo que Sami-Ali demonstra quando se refere à dissolução do impasse em contexto terapêutico; *Isso não acontece sem que o próprio sujeito mude radicalmente, reencontrando, enfim, recursos insuspeitos em si mesmo, assim como uma liberdade de ser e pensar que jamais possuiu realmente* (Sami-Ali, 2004, p. 23). No entanto não sabe como fazê-lo, essa liberdade de ser e de pensar, não a possui na realidade, esta restrição decorre da patologia da adaptação, funcionando em recalçamento caracterial. Assim o sonho que apresenta seria um excelente ponto de partida para se confrontar com o impasse, em contexto de psicoterapia. (...) *os sonhos emblemáticos que pontuam o percurso analítico, mais do que simplesmente ao serviço da coesão do self, estejam sobretudo ao serviço da construção do Self, e, depois, de múltiplos aspectos da elaboração identitária* (Pereira, 2000, p.327).

Iremos “olhar” atentamente para o segundo sonho que Flor apresenta em contexto de entrevista clínica, o sonho da “morte da mãe”. Neste sonho está expresso um impasse que encerra a sua própria identidade.

O sonho surge dividido em duas partes. A primeira parte do sonho será uma expressão de reivindicação por parte de Flor de manter e “legitimar” o seu próprio ritmo (de ser ela tal como é diferente da mãe – que nas palavras de Kierkegaard seria “um desespero em ser ela própria”) contrastando com uma imposição materna de um ritmo que Flor, a esta altura pressente como “descompassado”, e por isso discrepante de si.

*“Eu tinha gritado imenso com ela, e tinha dito: Tu queres que eu faça isto e queres que eu faça aquilo, eu não consigo, eu não tenho forças!... e ela estava zangada comigo e estava aos gritos comigo, e tinha escrito como se fosse um contrato (isto foi um pesadelo esquisitíssimo) em que dizia: Assina por baixo como isto é verdade. E depois dizia: Primeiro ponto – Tu acordas às duas da tarde e o teu almoço já está feito, não fazes mais nada. Segundo ponto – Vês um filme ou lêes o jornal e não fazes mais*

*nada, eu é que faço o jantar. Terceiro ponto – Não tens interesse por nada. Bem! Que horror! Era uma coisa deste género, e depois: Assina por baixo como isto é verdade!”*

A mãe oferece-lhe no sonho um documento com várias afirmações que Flor terá de admitir serem verdade assinando por baixo, admitir assim está empenhada em encontrar um ritmo próprio diferente daquele que a mãe defende como “o certo”. Esta imagem provoca um sentimento de estranheza em Flor, qualquer coisa que lhe provoca um desconforto, uma bizarria.

Flor sente-se incapaz de estar tranquila na reabilitação do seu corpo e da sua mente (na sequência dos tratamentos de quimioterapia e radioterapia), o seu cansaço físico e psicológico (expressão talvez de um afecto depressivo) parece não encontrar espaço para ser e se manifestar em casa de sua mãe, a não ser às expensas de um amuo “infantil” da mesma (uma inversão de papeis), que muito perturba Flor.

Sendo assim, e continuando a pensar o sonho, na segunda parte Flor vai “matar” a mãe, e matando-a mata-se a si própria pondo um ponto final a todo este desconforto.

*“E depois entrar numa casa de banho (a partir daqui é que é o pesadelo)... é eu entrar num sítio que eu acho que é uma casa de banho e ver a minha mãe enforcada... e tentar levantá-la para ela não morrer... e a minha mãe estava com a corda ao pescoço, e eu agarro-a e levanto-a a pensar: “Ainda vou a tempo, ela ainda não morreu.”*

A relação que causa fricção terminaria na morte dos objectos da própria relação. Este momento do sonho roça a contradição absoluta, mas não se permite ficar por aqui. Esta imagem é desconcertante e Flor não a pode tolerar. Rapidamente ela faz o movimento de reparação e vai salvá-la salvando-se a si própria uma vez que a diferenciação entre ela e a mãe não é a esta altura possível. Dois impasses, um em contradição absoluta dos termos na morte que a libertaria, mas que simultaneamente a mata; outro em forma circular em que faz um movimento de libertação na assumpção da sua diferença, mas volta de novo a manter-se na dependência. O sonho termina com a mãe e Flor a pedirem desculpas uma à outra e dizendo que se adoram, duas vezes que são a mesma e se ouvem em unísono. *O conteúdo latente nestas elaborações oníricas emblemáticas, ‘está presente’ no conteúdo manifesto* (Pereira, 2000, 323).

Voltando ao sonho, está subjacente uma resposta agressiva de Flor à imposição de um ritmo externo (por parte da mãe), quando ela se vê neste momento num processo, ainda tímido é certo, de (re) descoberta do seu próprio ritmo da sua própria identidade. Neste empreendimento é assaltada por um afecto depressivo (comunicado por outros) que não consegue bem definir nem “abraçar”, fica afundada num vazio que, mal presente se agita para se manter à superfície retomando o funcionamento em recalçamento caracterial. Mas o tema da depressão será abordado posteriormente, mantenhamo-nos por enquanto na análise deste sonho que se torna um espelho de Flor, uma imagem de si que quer comunicar, algo que se assemelha a um sonho emblemático (Pereira, 2000): *São sonhos, em suma, nos quais no self se (re) vê, manifestações especulares do self e todo o self. Mas, para além deste carácter especular, são produções mentais dirigidas a um outro (...) marcas em cada momento do percurso do self, formas de apresentação e de auto-apresentação* (Pereira, 2000, p. 307)

Terminando as conclusões em torno da análise da evolução onírica podemos ter acesso a várias pistas que pontuam um acesso ao funcionamento de Flor e à forma como este se relaciona com o aparecimento da doença. Antes de mais a noção de que existe logo desde muito cedo, a partir dos seus 15 anos, altura em que começa a ter comportamentos aditivos com uma regularidade diária, uma supressão da actividade onírica consequente da modificação da arquitectura do sono (diminuição ou desaparecimento do sono paradoxal), aderência a um objecto externo (a droga) ditado por um superego corporal que manipula todos os seus movimentos e a afasta da sua subjectividade.

A partir da recuperação da toxicod dependência, um fechamento relacional intenso, aderência às normas, um obrigar-se a viver na normalidade de conquistas quotidianas, sem o mínimo acesso ao prazer e ao desejo, pontuados por uma fobia social. Assiste-se nesta fase de sua vida o recalçamento da actividade onírica, um afastamento cada vez maior de traumatismos não ultrapassados, situações de luto que não foram resolvidas e até mesmos conflitos precoces que podem estar ainda activos, as tais “pancadas da vida” que segundo Flor a atiraram para o mundo da droga, e que agora a fazem colar-se a referências externas de normalidade (ritmos externos). É a partir deste período que, segundo nos parece, Flor terá desenvolvido uma patologia de

adaptação, e são também estes cinco anos que vão desembocar no aparecimento do cancro; *E onde a representação da Função imaginária não se concretiza é a anulação da subjectividade que se elabora, a construção do conformismo, do literal, do Banal que se verifica. Aí nasce o pseudo-pensamento ‘conforme’ que é ‘de facto’ não-pensamento; aí rompe também o corpo real como locus onde o mal se instala* (Sami-Ali, 2002, p. XV).

Centremo-nos então na questão que se destaca no que foi exposto anteriormente, a impossibilidade de Flor em aceder à sua subjectividade o que nos leva a colocar a hipótese de uma identidade precária ou “deprimida” remetendo à temática essencial das formas de impasse. Vejamos então como a questão da depressão se articula com a problemática da identidade.

*Em dissonância com o corpo enquanto ritmo, é exactamente a temporalidade do Super-ego corporal, na qual se objectivam ao mesmo tempo o corpo e a negação do corpo, numa subjectividade tornada exterior a ela própria, a alienação consentida de si (...) Daí uma ausência de conflito, não porque as vozes se harmonizam, mas porque elas se calam* (Sami-Ali, 1992, p. 137).

A depressão é a voz calada de Flor em contradição com o seu discurso fluente que se empenha a preencher todos os espaços vazios que repercutem nela o vazio original, vazio traumático. Julgo que os silêncios que Flor tanto evita a levariam a um lugar em que o impacto de uma ausência materna seria demasiado doloroso para si. Esta ausência inaugura em si objectos internos frios e incompreensíveis (Pereira, 1999), que abrem nela um vazio também ele incompreensível. Assim, não estamos perante um inconsciente recalçado, secundário (ao recalçamento), mas sim um inconsciente não recalçado, primário, vazio.

A primeira advertência de Flor no início da primeira entrevista é a de uma “depressãosita” informada por vários clínicos que tratam de si (o médico oncologista, o psiquiatra-psicoterapeuta, a psicanalista) no presente momento. É estranho ouvir Flor falar da “tal depressão” como se não lhe pertencesse, como se não reconhecesse como sua, mas uma vez diagnosticada pelos médicos torna-se uma verdade e prioridade de tratar, não porque se sinta deprimida na sua subjectividade, mas porque alguém detentor

de um conhecimento superior e inquestionável lhe disse que existe. Mais estranho ainda é esta divisão de partes de si própria “clivadas” pelos clínicos a quem recorre, e em nenhuma dessas relações se pressente um conforto total de Flor, uma confiança básica cega em que predomina a submissão e desaparece a identidade e a subjectividade de Flor se é que alguma vez ela se manifesta.

Com este discurso, nota-se que Flor, não reconhece em si afectos que deveriam ser tudo menos informados a partir de terceiros e, quase como se se colasse às opiniões alheias, “faz o favor” de “vestir o traje” que lhe estão a oferecer. Afirma no entanto, que se os sintomas de cansaço ao acordar (factor que precipita este diagnóstico por parte do médico oncologista que a medica com um anti-depressivo) são sinal de uma depressão, ela sempre esteve deprimida, só não teria “tempo” para se sentir cansada porque tinha de ir trabalhar, e que, de facto, a depressão não é decorrente da situação do cancro. Mais, apresenta uma hipótese da depressão ser uma situação bem mais anterior. Mais do que uma elaboração depressiva, que nos parece não ter capacidade para destringir, pensamos que ela se refere ao próprio afecto depressivo que por todos os meios tenta afastar de si assim que este se aflora no seu horizonte. Depressão como impasse em que todas as saídas têm valência negativa. Simultaneamente chega a afirmar: *“Eu acho que a minha depressão não tem nada a ver com o cancro. É mais antes do cancro e eu já tinha aprendido a viver com isso”,* e *“Ou então sou eu que não sei o que é uma depressão”*. Estas hipóteses colocadas por Flor são de facto, as que mais se aproximam da sua verdade, parece que o intuiu. Porque se o funcionamento psíquico de Flor se inscreve em depressividade e passa pela patologia da adaptação, Flor não teve acesso à elaboração depressiva desconhecendo de todo esse afecto; resta-lhe a colagem ao que os outros esperam dela ou vêem nela – a maior parte das vezes não a vêem – resta-lhe o proto-afecto (Matos, 2003), e uma busca interminável dos “olhos da mãe” nos olhos dos outros com quem estabelece relações.

Segundo nos parece, é na altura de fechamento relacional de Flor que antecede o aparecimento do cancro, que surge a coincidência de uma forma pré-depressiva ou em depressividade com um funcionamento em que predomina a depressão falhada. O sujeito no contexto de uma depressão falhada vai responder à falha básica por um estilo relacional marcado por submissão e conformismo nas relações de objecto, disfarçados

por um estilo relacional de cuidar do outro de forma parental: “*o meu pai é uma pessoa muito frágil, muito parecida comigo, daí eu ter uma relação de afectividade com ele muito grande, eu sinto que sou mãe dele... sinto que o tenho de proteger*”, e por uma excessiva adaptação ao real (Matos, 2003).

Entraremos assim na questão das relações de objecto que por um lado se articulam como foi demonstrado com o funcionamento pré-depressivo, e em que as situações apresentadas encontram uma coincidência a nível teórico com o que está na origem da personalidade pré-depressiva; e por outro, com o próprio impasse de Flor em torno da identidade.

Não tendo acesso à sua subjectividade, numa identidade deprimida, Flor não tem competências para “sobreviver” no mundo relacional, é notória a temporalidade discordante (Sami-Ali, 2000) constituída por um sistema subjectivo e um outro objectivo que se anulam mutuamente, no desejo de Flor de que um príncipe encantado a levasse para uma ilha paradisíaca em que todo o seu passado desapareceria (inclusivamente as figuras paternas) e ela seria então uma nova pessoa. No entanto, na fase da sua vida em que tem este desejo, Flor estava envolvida numa relação que durou dez anos, “*Pois é, pois é... e que acho que durante tantos anos, pelo menos enquanto estive com o J. tentei fugir deles*” (nos braços de uma relação que reproduzia a dependência das anteriores), e que, segundo nos parece replicava o padrão relacional materno, até porque este namorado não seria o príncipe encantado que a “salvaria” de um precário sentimento de si e do passado que carregava.

Outro ponto que me parece ter relevância é o facto de para a Flor a alternativa à relação com o J. era voltar a viver em casa da mãe, ela não consegue ver outra saída para o problema, para o conflito que assim se encerra num impasse intransponível, refugiou-se na droga (como tinha vindo a fazer nos últimos 12 anos) e em última instância num centro de recuperação. Deste período destaca-se a vida em comunidade, referências espaciais e temporais que organizavam Flor dando-lhe um sentimento de segurança e de pertença que de algum modo replicava a dependência relacional a necessidade de coordenadas espaciotemporais que lhe são dadas pela relação de dependência, de uma fraca construção da autonomia nas relações mais precoces (Sami-Ali, 1997), expressão “institucional” de um superego corporal. Restrições espaciais e

temporais que são metáfora de dois braços que a envolvem dando-lhe o “colo” que lhe falta.

Ainda dentro do tema das relações de objecto resta-nos apresentar o assunto delicado da psicanálise de Flor (questão que aparece inadvertidamente, mas à qual não podemos fechar os olhos), da relação com a sua analista, naquilo que nos é permitido ter acesso, e que me parece estar fundada numa forma transferencial patogénica, que não é mais que a repetição do padrão relacional materno. Obviamente que o sujeito ao iniciar um processo de análise traz consigo o padrão relacional patológico, cabe ao analista identificar este facto e progressivamente transformar a relação tornando-a saudável e sanígena (Matos, 2001). Parece-nos que neste caso não é isto o que acontece.

Flor começa com um processo de psicanálise depois da desintoxicação física das drogas. Este é o ponto de partida deste artigo, o facto de ser defendido por Albert Danan (2004) e até Coimbra de Matos (1978) que para a gradual apropriação de uma função do imaginário operante, a psicoterapia analítica (na sua forma ortodoxa) apresenta sérias limitações; A terapia integrada, utilizando métodos de reenvestimento de Eu corporal (massagens, balneoterapia, relaxamento de Shultz, etc.) e uma psicoterapia familiar, poderá ter interesse no tratamento dos tóxico-dependentes (Matos, 1978). No entanto é através de um processo criativo (de promoção da função do imaginário) que vamos de encontro a uma subjectividade sonhada, um processo terapêutico que se assemelha a uma arte (Matos, 2003).

Ao invés de avivar gradualmente a função do imaginário, o processo de análise de Flor, segundo nos parece, tem vindo a reactualizar “feridas” antigas que Flor, com dificuldades de acesso a uma função do imaginário operante, fica sem recursos para elaborar e integrar: “Todas as caixinhas do meu passado foram abertas na psicanálise”. A depressão está presente e ausente, sem nunca chegar a ser mentalizada; *A construção da capacidade de deprimir-se é, pois, uma das tarefas do trabalho psicanalítico (...) sempre que – e seja qual for o tipo de psicopatologia facial manifesta – a incapacidade de viver a depressão exista (...) A reconstrução do passado tem mais valor académico do que terapêutico* (Matos, 2003, p. 162).

A (re)construção da identidade parece ser feita a partir do telhado, sem bases fundadoras que a sustentam. Flor terá sido “atirada” para uma normalidade, em que as principais metas se tornam o viver sem drogas, uma organização no sentido de estar bem integrada socialmente, tudo isto às expensas de um fechamento relacional maciço; *Fica o lastro biológico da depressão, a reacção da desistência – que começa pela desistência da vida relacional afectiva, alastrando à desistência poderíamos dizer da ‘vida libidinal’ dos órgãos e do organismo como um todo: é um soma não erotizado, desvitalizado, não animado, em letargia ou desordem* (Matos, 2003, p. 163). Daí a afirmação de Flor de que deve à psicanálise essas conquistas que agora lhe parecem insuficientes, referindo-se ao facto de se isolar relacionalmente. De qualquer forma estas conquistas, a organização social que Flor conseguiu no âmbito da psicanálise não deve ser de forma alguma desvalorizada. Acerca do fechamento relacional dos últimos cinco anos, o que é certo é que na história de Flor não se poderá apontar competências relacionais que lhe permitissem construir uma relação saudável. Será que esta relação terapêutica perpetuou o impasse, a incompetência relacional? Funcionou apenas como um ritmo externo que lhe “empresta” as coordenadas espaciotemporais sem abrir a possibilidade de construção de um mapa subjectivo identitário.

É precisamente o tema da depressão (diagnosticada pelo médico oncologista e pelo psiquiatra-psicoterapeuta), que inaugura em Flor o sentimento de legitimidade de pôr em causa a função ocular da sua analista (Pereira, 1999). Afirma também que no último ano, força-se a ir às sessões, e que a frequência semanal de duas vezes seria algo de que prescindiria de bom grado, apesar disso nunca falta (um ritmo externo a que adere sem qualquer ressalva). Estes movimentos, no discurso de Flor no contexto da entrevista clínica são marcados por avanços e retrocessos no sentido de expressar a sua zanga, acusa mas de seguida faz o movimento de reparação em forma de círculo vicioso. A culpa, essa, remete-a para o modelo teórico usado pela analista e em última instância engole-a. De facto a segunda entrevista é marcada por este tema, e Flor decide confrontar a analista com o que está a sentir, ponderando a possibilidade de mudar de terapeuta. Poderia pensar-se numa reacção terapêutica negativa que não seria mais do que uma reacção positiva. Isto se esta raiva, expressão de um representante interno do introjecto maligno ligada à experiência traumática da qual não sobrou traço mnésico, mas apenas o vazio traumático; se esta raiva fosse expressa na transferência abrindo a

possibilidade de deflexão da agressividade (Matos, 2002). Mas o que acontece de facto, é que Flor desiste da reivindicação mesmo antes de a declarar deflectindo a raiva, a zanga, a culpa em si própria. Entre este momento e o que Flor traz na terceira entrevista, há uma contradição absoluta, parece que apagou da sua memória tudo o que sente e afirmou com veemência. Mais um impasse que se perpetua indefinidamente. É interessante observar que é depois da segunda sessão (o “ataque” à analista) que Flor tem o sonho da morte da mãe, não estaria ela a matar também a analista? Não seria também à analista a quem ela pede desculpa? Não estaria Flor a expiar a sua “culpa” neste sonho?

Analisando a nossa contratransferência em contexto de entrevista clínica, parece legítimo pensar que tenhamos sucumbido ao desejo de Flor, de que estas sessões de entrevista inaugurassem a sua caminhada em direcção à saúde. De facto Flor manifesta na sua participação nesta investigação, uma esperança de mudança, algo escondida e camuflada, mas que nos parece bem visível neste momento. Também nós como outros teremos sido idealizados por Flor, transformados em salvadores, detentores de alguma magia, teremos no seu desejo substituído a sua analista talvez; assim o sonho, assim a culpa, assim a reposição da situação anterior, assim o impasse em círculo vicioso.

De facto, estamos a entrar em terrenos pantanosos, não será consensual esta demonstração nem muito menos pacífica, torna-se incontornável reter a sensação de que estes cinco anos de análise depois de um longo período de toxicod dependência contribuíram, em nossa opinião, para o desenvolvimento de uma patologia da adaptação; *Pode tornar-se mais adaptado (aparentemente melhor); na realidade, está cada vez mais depressivo. É assim que alguns neuróticos viram psicossomáticos ou fazem uma depressão major. A culpabilização sub-reptícia mas sistemática do analisando pode transformá-lo num ‘cidadão exemplar’, mas ao fim de 4/5 anos aparece muitas vezes com uma depressão suicidária, mais ou menos grave patologia orgânica ou surto psicótico* (Matos, 2002, p. 241).

Estas são afirmações muito fortes, mas de facto é também violenta para Flor a ocorrência da proibição por parte da analista de continuar as entrevistas clínicas para este projecto de investigação mais ainda quando chega a afirmar: *“Eu acho que de certa forma isto até me tem ajudado... nas últimas duas sessões, depois de teres saído houve*

*várias coisas que fiquei a pensar, portanto isto tem-me ajudado (...) as coisas não acontecem por acaso*". Esta situação tem um efeito chocante para Flor, a analista afirma que a sente muito em baixo, que acha que as entrevistas têm a ver com esse estado abatido de Flor e que, a partir de agora, deveriam aumentar a frequência semanal. Se de facto Flor tem um funcionamento pré-depressivo, não seria positiva a possibilidade de se deprimir, não deveria este momento e o material que Flor leva para as sessões de enorme importância e valor terapêutico? (...) *a técnica psicanalítica como um procedimento em que se procura obter o crescimento em expansão do eu pela expulsão de matéria super-egóica (interditos desnecessários, exigências superfulas, etc.) e absorção da substância do Id (pulsões e fantasias necessárias e úteis reprimidas ou abortadas). (...) As leis sociais, interiorizadas ou não, não devem proibir, mas orientar o investimento* (Matos, 2002, p. 240).

Perante esta situação que aborta a continuidade das entrevistas clínicas, ressalta a analogia que Flor faz da analista com a sua amiga de infância manipuladora que não a deixava brincar com mais ninguém, amiga essa que, até pela associação de ideias implícita no discurso de Flor aparece sempre relacionada com a mãe, "andar debaixo da asa dela", palavras que servem para ilustrar as duas relações. Daí a nossa convicção de que esta relação terapêutica reproduz um padrão relacional patológico; *E que inadvertidamente, a psicoterapia e mesmo a psicanálise frequentemente repetem. É o mais grave erro psicoterapêutico: a contratransferência complementar ou a contra-identificação projectiva – em que o psicanalista age como o objecto interno (objecto infantil internalizado) patogénico; isto é, com a mesma incompreensão e intolerância (que outrora os pais) perante as necessidades do analisando (outrora bebé)* (Matos, 2003, p. 221).

Depois do "desencantamento da psicanálise", a zanga manifestada na segunda sessão, mas nunca em presença do próprio objecto, Flor vai dissolver estes sentimentos na sessão de entrevista seguinte, como já tinha sido referido anteriormente; a única reivindicação que aparece camuflada, será o seu discurso à volta de um desejo, que lhe parece ter de adiar pois não conseguirá articular a natação (que segundo ela lhe faria bem ao corpo e à alma) e as sessões de psicanálise. Isto parece-nos uma forma que Flor

encontrou para comunicar que a zanga não lhe passou, no entanto manifesta-se sub-repticiamente.

É desta forma que nos despedimos de Flor, as lágrimas encurraladas numa voz trémula e insegura num último contacto telefónico, o conformismo de uma obediência cega, e mais uma vez um desejo autêntico, expressão de uma subjectividade tímida e deprimida, abortado.

Ficou de Flor a certeza de que, de facto ela “não sabe o seu nome”, não tem acesso à sua identidade e que o traço depressivo está bem presente, em ruído de fundo, num registo de som que ela não tem capacidade para ouvir, mas que a corrói por dentro.

### **Referências Bibliográficas**

Danan, A. (2004). Compreensão psicossomática do paciente. In Sami-Ali, M. & Colaboradores (Eds. ). *Manual de Terapias Psicossomáticas*. (p. 105 – 132). Porto Alegre: ARTMED Editora S.A.

Green, A.(1960) The dead mother complex. In Joan Raphael-Leff (Eds. ). *Parent-Infant Psychodynamics*. (2003) (p. 162 – 174). London: Whurr Publishers Ltd.

Martins, A. M. P. (2005). Discursos sobre o Rorschach : construções na intersubjectividade. *Análise Psicológica*, XXIII (4) pp. 391-400.

Matos, Coimbra de (1978). *Relação confusional de objecto e Toxicomania*. Revista do Médico, nº 1822, 127-132.

Matos, A. Coimbra de (2001). *A Depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.

Matos, A. Coimbra de (2002). *Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica*. Lisboa: Climepsi Editores.

Matos, A. Coimbra de (2003). *Mais Amor Menos Doença. A Psicossomática Revisitada*. Lisboa: Climepsi Editores.

Milheiro, J. (2001). Prefácio, Faltam-nos palavras. In Sami-Ali, M. (ed). *Sonho e Psicossomática* (p. 9 – 23). Lisboa: Dinalivro.

Pedro, A. M. (2001). As Relações Impessoais dos Pacientes Dependentes de Drogas. Uma Perspectiva Psicossomática. *Revista Toxicodependências*, 3 (VII), 3 – 12.

Pedro, A. M. (2001). Vigília e sonho nos toxicodependentes. In Sami-Ali, M. *Sonho e Psicossomática*. (p. 115 – 128). Lisboa: Dinalivro.

Pedinielli, J. (1999), *Introdução à Psicologia Clínica*. Lisboa. Climepsi Editores.

Pereira, F.(1999). *Finalmente Chegou a Primavera*. Uma História de Penélope. Lisboa: ISPA.

Pereira, F. (1999). Sonhos Emblemáticos. In Pereira, F. (Ed.). *Sonhar Ainda. Do sonho-Desejo-Realizado ao Sonho Emblemático*. (307-327) Lisboa: ISPA.

Pereira, F. (2000). Sonhar Ainda. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 19, 45 – 69.

Rotbard, S. (2004). A imaginação Material: uma outra abordagem da patologia orgânica. In Sami-Ali, M. & Colaboradores. (Eds.) *Manual de Terapias Psicossomáticas*. (p. 182 – 228). Porto Alegre: ARTMED Editora S.A.

Sami-Ali, M. (1992). *Pensar o Somático*. Imaginário e Patologia. Lisboa: ISPA

Sami-Ali, M. (2000). *L'Impasse relationnelle. Temporalité et Cancer*. Paris : Dunod

Sami-Ali, M. (2001). *La Dépression*. Paris : Éditions EDK.

Sami-Ali, M. (2002). *Sonho e Psicossomática*. Lisboa: Dinalivro.

Sami-Ali, M. (2003). *Corps et âme. Pratique de la théorie relationnelle*. Paris : Dunod.

Sami-Ali, M. (2004). *Manual de Terapias Psicossomáticas*. Porto Alegre: ARTMED Editora S.A.